



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES ENTEROSTOMIZADOS EM
HOSPITAL GERAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE.**

**MILENA GAMA CAETANO
ORIENTADORA: PROFESSORA ANA CAROLINA RIBEIRO LISBOA**

**Aracaju/SE
2019**



MILENA GAMA CAETANO

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES ENTEROSTOMIZADOS EM
HOSPITAL GERAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Ana Carolina
Ribeiro Lisboa

ARACAJU – SE
2019

MILENA GAMA CAETANO

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES ENTEROSTOMIZADOS EM
HOSPITAL GERAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE.**

Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado pela banca examinadora como
requisito parcial para a conclusão do curso de
Bacharelado em Medicina da Universidade
Federal de Sergipe, sob a orientação da
Profa. Ana Carolina Ribeiro Lisboa.

Aprovada em __/____/__

Orientadora: Profa. Dra. Ana Carolina Ribeiro Lisboa
Universidade Federal de Sergipe

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho a minha mãe, a minha irmã Maria Flor, a Lucas e a minha orientadora professora Carol.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	8
2.1 O intestino	8
2.2 Estomaterapia	9
2.2.1 Indicações	9
2.2.2 Técnica.....	12
2.2.3 Complicações.....	14
REFERÊNCIAS.....	16
3. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	19
4. ARTIGO CIENTIFICO	26
Resumo	27
Abstract	27
Introdução	28
Metodologia.....	30
Resultados	30
Discussão.....	32
Conclusão	33
Referências	35
Anexo – Formulário de Coleta de Dados	37
ANEXO – Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa	39

1. INTRODUÇÃO

Ostomia é o nome que define o procedimento cirúrgico que desvia o conteúdo intraluminal de um órgão oco para o ambiente externo. No caso do intestino grosso ou delgado, utiliza-se o termo “enterostomia”. O desenvolvimento e aplicabilidade dessa ferramenta cirúrgica representaram um grande avanço na cirurgia colorretal. (Martin e Vogel, 2012)

As ileostomias podem ser realizadas com alguns objetivos: proteger uma anastomose distal, resolver um quadro obstrutivo distal, desviar os dejetos fecais de área pélvica com foco séptico, por exemplo. (Martin e Vogel, 2012) Em geral, esses estomas são posicionados no lado direito do abdome, em fossa ilíaca, são protusos, e produzem conteúdo fecal mais fluido e de maior débito diário. (Campos, Regadas e Pinho, 2012)

Já as colostomias podem ser a escolha do cirurgião nas situações acima citadas e, acrescidas de casos de amputação de reto, de lesão esfíncteriana graves, de sepse perianal ou pélvica graves. Sua localização é variável, a depender do segmento intestinal exteriorizado. Uma sigmoidostomia é habitualmente maturada em flanco esquerdo, por exemplo. Esses estomas, ao contrário das ileostomias, são planos, com conteúdo fecal mais consistente e de menor débito. (Campos, Regadas e Pinho, 2012)

O planejamento do sítio de implante do estoma deve ser realizado, no pré-operatório, observando a estrutura corporal e abdominal de cada indivíduo. Essa atitude ajuda a prevenir complicações locais pós-operatórias. Em casos de cirurgia de urgência, esse passo não é realizado, gerando impacto na qualidade de ajuste dos estomas após o evento cirúrgico. (Cruz, 2000)

Os estomas intestinais ainda se distinguem quanto a técnica empregada, podendo ser definidos como “em alça” ou “terminal”. Os estomas ditos em alça possuem as duas “bocas” proximal e distal exteriorizadas através da parede abdominal e fixadas na pele. Tecnicamente fácil, são procedimentos rápidos, com baixo índice de complicações e temporários. Para os estomas terminais, geralmente

associa-se a cirurgia de ressecção de segmento colônico, e exteriorização da parte proximal com fechamento do segmento distal. (Kaiser, 2011)

O cirurgião elegerá qual ostomia será empregada a depender da situação clínica exigida, do perfil do paciente, da possibilidade de conversão do trânsito intestinal, da anatomia colônica intraoperatória. Enfim, não há uma regra geral de eleição dos estomas. O que existe são conceitos de técnicas cirúrgicas adequadas a cada caso, levando em conta, especialmente a intenção de realizá-la.

Na emergência cirúrgica, seja ela traumática ou clínica, a opção pela realização de enterostomias é a mais adequada, considerando pacientes instáveis hemodinamicamente, pacientes sépticos, ou simplesmente sem condições clínicas e/ou técnicas de uma cirurgia de maior porte. As indicações mais comuns de urgência incluem o trauma colorretal, a obstrução intestinal (neoplasia, volvo de sigmoide), a síndrome de Fournier. (Jayarajah, Samarasekara e Samarasekera, 2016)

No trauma abdominal penetrante, o intestino é o órgão mais comumente lesado, e o terceiro no trauma abdominal contuso. (Trauma, 2008) A American Association for the Surgery of Trauma (AAST) classifica o trauma colorretal de grau I a grau IV a depender da extensão de lesão de alça acometida. Pacientes com lesão maior que grau II com instabilidade hemodinâmica, ou comorbidade associada, ou sinais de peritonite têm recomendação de desvio de trânsito e confecção de estoma, devido ao alto risco de deiscência de uma anastomose intra-abdominal. (Biffl *et al.*, 2018)

Inúmeros trabalhos acerca de complicações pós-operatórias já foram publicados com taxas bem discrepantes, variando de 2.9% a 81.1% porque dependem de vários fatores inerentes ao paciente, ao cirurgião e à estrutura hospitalar. (Malik, Lee e Harikrishnan, 2018) As complicações imediatas elencadas são isquemia de colostomia, sangramento, desabamento, torção e infecção de ferida cirúrgica. Complicações tardias identificadas são hérnia paraestomal, prolapso de estoma, dermatite periestoma e retração ou estenose do estoma. (Bafford e Irani, 2013)

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O intestino

O intestino se divide em intestino delgado e intestino grosso. O delgado se estende do piloro até a válvula ileocecal. A divisão do delgado se dá em duodeno, jejuno e íleo e sua principal função é a absorção. (Moore, 2018) O delgado ainda contribui com a função endócrina a partir de células enteroendócrinas e também função imunológica (barreira intestinal, microbioma). (Townsend *et al.*, 2012)

O duodeno representa a primeira e mais curta parte do intestino delgado, possuindo uma porção móvel com mesentério e outra, fixa, retroperitoneal. (Moore, 2018)

Em seguida, após a quarta porção duodenal, chega-se ao jejuno, que corresponde ao maior segmento intestinal e que ocupa a maior parte da cavidade celômica. O íleo representa a parte final do intestino delgado, correspondendo a cerca de 30cm distais. Não existe uma demarcação nítida entre eles, apenas a macroscópica com a alça jejunal mais espessa e de maior circunferência. (Moore, 2018) (Townsend *et al.*, 2012)

O intestino grosso é o local de absorção de água dos resíduos não digeridos do quimo líquido, convertendo-os a fezes semissólidas que são acumuladas e armazenadas até que haja defecação. Formam o intestino grosso o ceco, o apêndice vermiforme, os cólons ascendente, transverso e descendente, sigmoide, reto e canal anal. Distingue-se do intestino delgado por possuir apêndices epiploicos, tênias e saculações em sua parede, além de seu maior. (Moore, 2018)

O ceco consiste na primeira porção do intestino grosso, é uma bolsa intestinal de fundo cego que se continua com o cólon ascendente. Situa-se na fossa ilíaca direita e se junta a parte terminal do íleo. O apêndice é um divertículo intestinal cego que contém tecido linfóide e se conecta ao ceco posteriormente. (Moore, 2018) Em geral, o apêndice possui posição retrocecal (em 65% dos indivíduos) e se localiza dentro da cavidade peritoneal. (Townsend *et al.*, 2012)

Na sequência, segue o cólon ascendente, à direita do abdome, até o lobo hepático direito, onde torna-se na flexura hepática. O ascendente é um segmento fixo, retroperitoneal, com maior diâmetro de sua luz. O transverso é uma porção móvel, intraperitoneal, que atravessa o abdome até a flexura esquerda do colo, chamada de ângulo esplênico, por sua ligação com o baço. Já o cólon descendente, localiza-se no lado esquerdo, retroperitonealmente, e já de menor calibre. O sigmoide possui um mesentério longo, mais móvel, e intraperitoneal. (Moore, 2018)

A parte terminal do intestino grosso é fixa, extra peritoneal, constituída pelo reto e pelo canal anal, se situam na pelve. O reto segue a curvatura do sacro e do cóccix e se junta ao canal anal, na junção anorretal. (Moore, 2018)

2.2 Estomaterapia

O enteroestoma é uma abertura intestinal criada cirurgicamente na pele. É um procedimento básico nas operações coloproctológicas, a construção de um “ânus artificial” é uma das ferramentas cirúrgicas mais antigas do aparelho digestivo. O primeiro registro de formação de ostomia cirurgicamente foi de uma ileostomia criada em 1879 por um cirurgião alemão, Baum, que objetivava resolver uma obstrução causada por carcinoma em cólon direito. (Martin e Vogel, 2012)

As ostomias são, em geral, menos frequentes do que eram no passado, no entanto construção de estomas representa, muitas vezes, uma tentativa de oferecer uma chance de sobrevivência a pacientes em situações que de outras formas estariam sem esperanças (Rocha, 2011)

2.2.1 Indicações

O princípio básico de se realizar um estoma é o desvio de trânsito intestinal por diversos motivos que podem acometer alguns pacientes. Em casos de cirurgias eletivas, com anastomoses colorretal baixa ou colo anal, a ostomia é protetora do paciente de uma possível deiscência de sutura e sepse pélvica. Em casos de cirurgias

de urgência, ostomias são derivativas se, por exemplo, o tumor obstrutivo for irresecável naquele momento. Se houver instabilidade hemodinâmica, peritonite abdominal também são fatores que contraindicam uma anastomose e, assim, a ostomia é realizada. Infecção graves tipo Fournier, úlceras sacrais grandes, fistula retovaginal também constituem indicações para derivar o trânsito intestinal. (Kaiser, 2011)

Não há um consenso absoluto sobre quais patologias devem ser tratadas com a confecção de ostomia, ficando a cargo do cirurgião avaliar os riscos e benefícios do procedimento e decidir qual plano terapêutico para cada caso.

Recente revisão sistemática observou que a indicação mais comum é o câncer colorretal, seguida de doença diverticular, doenças inflamatórias intestinais, incontinência fecal, tuberculose, trauma, fístula colo vesical e polipose adenomatosa familiar. (Malik, Lee e Harikrishnan, 2018) No Brasil, observa-se a mesma tendência, sendo a neoplasia também indicação predominante. (Luz *et al.*, 2014) (Cunha, Ferreira e Backes, 2013).

O adenocarcinoma do cólon e reto é a principal doença de base que leva a necessidade de confecção de ostomia, sendo o terceiro local mais comum de câncer e a quarta causa mais comum de mortes relacionadas a neoplasia no mundo. (Brenner, Kloor e Pox, 2014)

Contudo, cerca de 33% dos pacientes com câncer colorretal apresentará sintomas agudos que requerem intervenção cirúrgica de emergência. (Baer *et al.*, 2017)

Nas situações de emergência da neoplasia colorretal, a principal apresentação é o abdome agudo obstrutivo, causado pela oclusão da luz intestinal pelo tumor, com incidência de 15 a 29%. Nesta situação, os objetivos no tratamento do paciente é reverter imediatamente os impactos negativos da complicação apresentada, oferecer o melhor controle possível da ressecção tumoral e garantir tempo de recuperação para iniciar o tratamento adjuvante e sistemático adequado. (Chang *et al.*, 2012)

As obstruções por tumores proximais no cólon tendem a ser resolvidas com maior facilidade devido ao suprimento sanguíneo mais abundante nessa região, possibilitando a anastomose primária. Porém, em pacientes com apresentações

atípicas, comorbidades que dificultem o processo de cicatrização ou extremos de idade, uma opção seria a anastomose ileocolônica com ileostomia proximal em alça. (Chang *et al.*, 2012)

No contexto de infecções de pelve e períneo, a síndrome de Fournier é uma patologia agressiva, de extrema gravidade. Caracteriza-se por ser uma endoarterite obliterativa que resulta em necrose da pele do períneo em proporções diversas. É mais comum em homens de mais de 50 anos de idade. (Chennamsetty *et al.*, 2015)

A síndrome de Fournier é um quadro raro que representa cerca de 0,02% das admissões hospitalares e ocorre em uma taxa de incidência de 1,6 casos a cada 100.000 homens por ano. (Singh *et al.*, 2016)

No contexto do trauma abdominal, antes do século 19, os soldados vítimas de traumas intestinais eram tratados conservadoramente, com alta taxa de mortalidade por sepse. Durante a primeira guerra mundial, a conduta nos casos de trauma intestinal passou a ser cirúrgica, sendo feita a laparotomia e reparo primário, com taxa de mortalidade alta, por volta de 75%. (Cheong e Keshava, 2017) Foi então, pelo médico inglês Sir Willian Heneage Ogilvie que, durante a segunda guerra mundial, reconheceu como manejo do trauma colorretal a importância da criação de estomas. (Ogilvie, 1946)

Em pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, o terceiro órgão mais acometido é o intestino delgado (de 5% a 10% das lesões), já nos traumas abdominais penetrantes, quando o mecanismo é por arma branca, o intestino delgado é o segundo órgão mais lesado (30%), ficando o cólon em quarto lugar (15%). Nos traumas penetrantes por arma de fogo, a víscera mais acometida é o intestino delgado e em seguida o cólon (50% e 40% respectivamente). (Trauma, 2008)

Diversas classificações foram descritas para o manejo do trauma colônico, com o objetivo é determinar a conduta cirúrgica para cada caso, reduzindo dúvidas a respeito de reparo primário com ou sem ostomia, ou cirurgias derivativas com construção de estoma. (Cheong e Keshava, 2017)

A classificação da Associação Americana de Cirurgia do Trauma classifica a lesão do intestino da seguinte maneira: grau I - quando há contusão ou hematoma sem a presença de laceração ou laceração leve na parede sem perfuração; grau II -

quando há laceração menor do que 50% do segmento; grau III - quando há laceração maior do que 50% do seguimento, sem transecção; grau IV - quando há transecção do intestino; grau V - quando há transecção com perda de tecido segmentar ou desvascularização total de segmento intestinal.

A classificação oferece as seguintes sugestões de conduta, em linhas gerais: lesão grau I, II e III estáveis e sem comorbidades graves seguem para anastomose primária, lesões grau IV e V estáveis, indica-se a ressecção de segmento e anastomose. Os quadros com instabilidade ou pacientes muito debilitados realizam desvio do trânsito com formação de estoma. (Eshraghi *et al.*, 1998)

O algoritmo do Western Trauma Association sobre conduta em trauma colorretal distingue o trauma em lesão intraperitoneal de cólon e reto e, lesão extra peritoneal de reto. A decisão de ostomizar o paciente se baseia na gravidade e instabilidade clínica, além de comorbidades associadas que possam gerar complicações em uma anastomose primária. (Biffl *et al.*, 2018)

2.2.2 Técnica

As alças de escolha para a confecção dos estomas intestinais são as com maior mobilidade e comprimento adequado, o que facilita sua exteriorização pela parede abdominal. No cólon, o sigmoide e o transverso possuem maior mobilidade, enquanto o ascendente e o descendente são fixos. O ceco varia quanto a sua mobilidade podendo ser fixo, parcialmente fixo ou móvel. Portanto, os segmentos colônicos mais comumente utilizados são o sigmoide e o transverso. Outro segmento intestinal adequado é o íleo. Os segmentos que são fixos podem ser exteriorizados desde que liberados previamente. (Rocha, 2011)

Podem-se classificar as ostomias de acordo com o órgão de origem: colostomias, ileostomia, jejunostomia. Quanto a localização colônica específica: cecostomia, transversostomia, sigmoidostomia, colostomia perianal. Tipo de construção: ostomia terminal, ostomia em alça, dupla-boca, ostomia continente, por tubo/cateter. Duração planejada: temporária, permanente. Objetivo da ostomia:

manejo de dejetos, desvio das fezes da área de preocupação mais distal, descompressão/ventilação do intestino. (Kaiser, 2011)

Na confecção cirúrgica da enterostomia, a técnica consiste em mobilizar uma alça do colón ou do íleo terminal a fim de alcançar adequadamente a parede abdominal, para ser fixada devidamente, sem tensão. É essencial determinar o limite da secção da alça irrigada, para permanecer viável no pós-operatório. São princípios básicos para uma boa maturação da ostomia: posicionamento na parede abdominal, longe de proeminências ósseas e de defeitos da parede, a fim de que haja perfeita aderência da placa das bolsas de colostomias. Em cirurgias eletivas, consideramos o exame físico em pé e a predefinição do local da ostomia. Em cirurgias de urgência, não analisamos esses aspectos previamente. (Kaiser, 2011)

Ileostomias traz como vantagens a facilidade técnica, boa irrigação, conteúdo de drenagem fecal líquido e sem odor. Desvantagens apontadas são desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, dermatite periestomal por contato com efluente ileal básico. As ileostomias em alça são um pouco mais volumosas, pois necessita ser evertida a porção proximal para direcionamento do efluente líquido no coletor. (Rocha, 2011)

Já nas colostomias, o volume de alça exteriorizado é maior, principalmente se for em alça, onde matura-se a parte proximal e distal juntas num mesmo orifício. As colostomias terminais, são menores e de fácil manuseio pós-operatório. As fezes são formadas e, por isso, menor índice de dermatite periestomal associado. Neste caso, não observamos tantas complicações metabólicas. (Martin e Vogel, 2012)

Nas colostomias em alça, fixamos um tubo como uma alça de apoio por baixo da abertura da ostomia, no intuito de não haver desabamento e contaminação intracavitária. Nas colostomias terminais, a ostomia é fixada no mesmo nível da pele, ajustando apenas o diâmetro do túnel de passagem na parede abdominal. (Martin e Vogel, 2012) (Rocha, 2011)

As preocupações pré-operatórias são semelhantes para todas as técnicas. Nas cirurgias eletivas é feito o preparo de cólon, a marcação do local onde será fixada a ostomia e antibiótico profilático. Nas situações de urgência-emergência, o antibiótico é terapêutico, e a ressuscitação volêmica indispensável. (Cruz, 2000)

No pós-operatório deve-se iniciar líquidos orais na ausência de náusea ou vômitos já no primeiro dia pós-operatório e avançar na dieta conforme for tolerado. É importante ainda orientar o paciente quanto aos cuidados com a ostomia. (Kaiser, 2011)

2.2.3 Complicações

Diversos trabalhos avaliando as taxas de complicações pós-operatórias já foram publicados, e demonstram uma discrepância de valores, variando de 2.9% a 81.1%. Aparentam-se diversos fatores influenciadores desta variação: indicação da ostomia, técnica cirúrgica aplicada, quadro clínico inicial com sinais de gravidade, habilidade nos cuidados pós-operatórios e os fatores inerentes ao paciente. Dentre os fatores de risco do paciente destacam-se a idade, obesidade, causa base e se a cirurgia foi emergência ou não.

As complicações imediatas elencadas são isquemia de ostomia, sangramento, desabamento, torção e infecção de ferida cirúrgica. Complicações tardias identificadas são hérnia paraestomal, prolapso de estoma, dermatite periestomal e retração ou estenose do estoma. (Bafford e Irani, 2013).

No pós-operatório imediato as ostomias podem apresentar áreas de isquemia, geralmente após 24 horas. A isquemia ocorre pela redução ou interrupção do fluxo sanguíneo local. Técnica inadequada é a primeira hipótese, com ostomia por tensão ou torção. Convém ressaltar situações de choque hipovolêmico ou séptico, que compromete a circulação esplâncnica geral, ficando a ostomia isquêmica temporariamente pelo baixo fluxo sistêmico. A ostomia se apresenta de coloração arroxeada, evoluindo diariamente para enegrecida. Ao toque, constata-se um tecido descamativo, friável, de odor fétido.

O sangramento acontece nas bordas de dissecação, podendo se exteriorizar por sangramento ativo ou por hematoma de parede. É causada por inadequada hemostasia no tempo cirúrgico e pode surgir até 48 horas após a intervenção. Convém diferenciar esse sangramento de casos de hemorragia digestiva baixa.

Infecção periestomal (abscesso) se manifesta pela presença de sinais flogísticos ao redor do estoma. Febre, saída de pus, edema e celulite periestomal são comuns e devem ser tratados com antibióticos e cuidados locais. A ocorrência de infecção aumenta o risco de o paciente desenvolver deiscência e evisceração. Em geral, a infecção cirúrgica da ostomia se manifesta no final da primeira semana pós-operatória.

As hérnias paraestomais são hérnias incisionais que ocorrem no sítio do estoma ou diretamente adjacente. Geralmente são assintomáticas, mas podem causar dor, abaulamento e sintomas de obstrução. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, ficando a critério do cirurgião avaliar a gravidade e sintomas e decidir qual abordagem terapêutica de escolha. (Bafford e Irani, 2013)

Já os prolapsos de estoma se referem a situação em que toda uma parte do intestino se exterioriza e podem ser classificados em fixo e móvel. Frequentemente coexiste com uma hérnia paraestomal e podem causar dor, obstrução, encarceramento e estrangulamento gerando isquemia, sendo essas 3 últimas condições indicação absoluta de abordagem cirúrgica. (Bafford e Irani, 2013)

As dermatites periestomais são uma complicação tardia comum das ostomias, estão relacionadas com o contato do conteúdo fecal com a pele abdominal que pode gerar inflamação, necrose e ulceração, além disso pode ocorrer ainda infecção por microrganismos oportunistas como a *Candida albicans*. (Bafford e Irani, 2013)

REFERÊNCIAS

BAER, C.; MENON, R.; BASTAWROUS, S.; BASTAWROUS, A. Emergency Presentations of Colorectal Cancer. **The Surgical Clinics of North America**, v. 97, n. 3, p. 529–545, jun. 2017.

BAFFORD, A. C.; IRANI, J. L. Management and Complications of Stomas. **Surgical Clinics of North America**, v. 93, n. 1, p. 145–166, fev. 2013.

BIFFL, W. L.; MOORE, E. E.; FELICIANO, D. V.; ALBRECHT, R. M.; CROCE, M. A.; KARMY-JONES, R.; NAMIAS, N.; ROWELL, S. E.; SCHREIBER, M. A.; SHATZ, D. V.; BRASEL, K. J. Management of colorectal injuries: A Western Trauma Association critical decisions algorithm. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 85, n. 5, p. 1016–1020, nov. 2018.

BRENNER, H.; KLOOR, M.; POX, C. P. Colorectal cancer. **Lancet (London, England)**, v. 383, n. 9927, p. 1490–1502, 26 abr. 2014.

CAMPOS, F. G. C. M. DE; REGADAS, F. S. P.; PINHO, M. **Tratado de Coloproctologia: Uma Obra dos Membros da Sociedade Brasileira de Coloproctologia**. Edição: 1ª ed. [s.l.] Atheneu, 2012.

CHANG, G.; KAISER, A.; MILLS, S.; RAFFERTY, J.; BUIE, W. Practice Parameters for the Management of Colon Cancer. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 55, n. 8, p. 831–843, ago. 2012.

CHENNAMSETTY, A.; KHOURDAJI, I.; BURKS, F.; KILLINGER, K. A. Contemporary diagnosis and management of Fournier's gangrene. **Therapeutic Advances in Urology**, v. 7, n. 4, p. 203–215, ago. 2015.

CHEONG, J. Y.; KESHAHA, A. Management of colorectal trauma: a review: Colorectal trauma. **ANZ Journal of Surgery**, v. 87, n. 7–8, p. 547–553, jul. 2017.

CRUZ, G. M. G. DA. **Coloproctologia Terapêutica**. [s.l.] REVINTER, 2000. v.

CUNHA, R. R.; FERREIRA, A. B.; BACKES, V. M. S. Revisão - Características Sócio-Demográficas e Clínicas de Pessoas Estomizadas: Revisão de Literatura. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 11, n. 2, 1 jun. 2013.

ESHRAGHI, N.; MULLINS, R. J.; MAYBERRY, J. C.; BRAND, D. M.; CRASS, R. A.; TRUNKEY, D. D. Surveyed Opinion of American Trauma Surgeons in Management of Colon Injuries. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 44, n. 1, p. 93, jan. 1998.

Fournier's Gangrene: A Summary of 10 Years of Clinical Experience. - PubMed - NCBI. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25859652>>. Acesso em: 2 set. 2019.

JAYARAJAH, U.; SAMARASEKARA, A. M. P.; SAMARASEKERA, D. N. A study of long-term complications associated with enteral ostomy and their contributory factors. **BMC Research Notes**, v. 9, n. 1, dez. 2016.

KAISER, A. M. **Cirurgia Colorretal**. [s.l.: s.n.].

LUZ, A. L. DE A.; LUZ, M. H. B. A.; ANTUNES, A.; OLIVEIRA, G. S. DE; ANDRADE, E. M. L. R.; MIRANDA, S. M. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. 2014.

MALIK, T.; LEE, M.; HARIKRISHNAN, A. The incidence of stoma related morbidity – a systematic review of randomised controlled trials. **The Annals of The Royal College of Surgeons of England**, v. 100, n. 7, p. 501–508, set. 2018.

MARTIN, S. T.; VOGEL, J. D. Intestinal Stomas. **Advances in Surgery**, v. 46, n. 1, p. 19–49, set. 2012.

MOORE, A. F. D. **Anatomia Orientada para a Clínica**. [s.l.] Guanabara Koogan, 2018.

NASTRO, P.; KNOWLES, C. H.; MCGRATH, A.; HEYMAN, B.; PORRETT, T. R. C.; LUNNISS, P. J. Complications of intestinal stomas. **British Journal of Surgery**, v. 97, n. 12, p. 1885–1889, dez. 2010.

OGILVIE, W. H. Abdominal wounds in the Western Desert. **Bulletin of the U.S. Army Medical Department. United States. Army. Medical Department**, v. 6, n. 4, p. 435–445, out. 1946.

Perfil dos Estomizados Atendidos em Hospital de Referência em Teresina | Macêdo | Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/15/0>>. Acesso em: 2 set. 2019.

ROCHA, J. J. R. DA. **Coloproctologia, princípios e práticas**. 2. ed. [s.l.] Atheneu, 2011.

SINGH, A.; AHMED, K.; AYDIN, A.; KHAN, M. S.; DASGUPTA, P. Fournier's gangrene. A clinical review. **Archivio Italiano Di Urologia, Andrologia: Organo Ufficiale [di] Societa Italiana Di Ecografia Urologica E Nefrologica**, v. 88, n. 3, p. 157–164, 5 out. 2016.

TOWNSEND, C. M.; BEAUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M.; MATTOX, K. L. **Sabiston Textbook of Surgery E-Book**. [s.l.] Elsevier Health Sciences, 2012.

TRAUMA, A. C. OF S. C. ON. **ATLS, Advanced Trauma Life Support for Doctors**. [s.l.] American College of Surgeons, 2008.

3. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

As normas para publicação são relativas à revista REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA referência em publicações científicas na área com classificação Qualis/CAPES: B3 Medicina III e foram retiradas do site <https://www.sbcpr.org.br/revista/>.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

Os trabalhos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à **REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA**. Os artigos de revisão serão inseridos a convite da Comissão Editorial. Em casos excepcionais de republicação de trabalhos nacionais ou estrangeiros, deverão estes conter autorização formal do autor e do periódico detentor do copyright.

As normas são baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, que foi atualizado em outubro de 2004 e está disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>. Para apresentação de ensaios clínicos randomizados, recomenda-se que o trabalho esteja em conformidade com o CONSORT guidelines (Begg C, Cho N, Eastwood S et al. Improving the quality of reporting of randomized clinical trials: the CONSORT statement. JAMA 1996;276:637-9). Uma lista de verificação está disponível no website do JAMA: <http://jama.ama-assn.org>

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados a 4 membros do conselho editorial, que considerarão o mérito científico da contribuição. Os manuscritos são encaminhados aos relatores previamente selecionados aleatoriamente pelos Editores. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelos Editores, após avaliação de 4 membros do conselho editorial e, tendo sua publicação recomendada por pelo menos 3/4 dos mesmos. Cópias dos pareceres poderão ser encaminhados aos autores e relatores, estes por sistema de troca entre eles.

Manuscritos recusados - Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores. Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização de acordo com estilo da Revista.

Aprovação para Publicação - Todos os artigos propostos à publicação serão previamente submetidos à apreciação de 4 membros do Conselho Editorial. Quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Eventuais modificações na forma, estilo ou interpretação só ocorrerão após prévia consulta. Quando recusados, os artigos serão devolvidos com a justificativa do Editor Chefe. Os comentários dos Conselheiros, nestes casos, poderão ser enviados pelo Editor Chefe ou solicitados pelo Autor.

Correção Final: Os Artigos para publicação serão encaminhados, em prova gráfica, ao autor para as correções cabíveis e devolução no menor prazo possível. Se houver atraso na devolução da prova, o Editor Chefe reserva-se o direito de publicar, independentemente da correção final. A prova gráfica será enviada ao autor cujo endereço foi indicado para correspondência,

ficando o mesmo responsável pela apreciação final da matéria, estando os demais de acordo com a publicação da mesma.

É remetida exclusivamente a seus assinantes, colaboradores, bibliotecas, hospitais, sociedades médicas, centros de estudo e aos periódicos nacionais e estrangeiros com os quais mantém permuta.

REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA reserva-se todos os direitos, inclusive de tradução, em todos os países signatários da Convenção Pan-Americana e da Convenção Internacional sobre Direitos Autorais.

A reprodução total ou parcial dos trabalhos em outros periódicos - com menção obrigatória da fonte dependerá de autorização da Revista.

Para fins comerciais, é proibida a tradução e reprodução parcial ou total dos trabalhos publicados nesta revista.

A **REVISTA BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA** não aceita matéria paga em seu espaço redatorial, nem paga qualquer valor, em espécie ou outros, aos autores dos trabalhos publicados em suas páginas.

A Revista se reserva o direito de não aceitar os originais que não considerar apropriados (apresentação, datilografia, número de cópias, itens abrangidos, etc.), assim como propor modificações, de acordo com as apreciações dos Consultores e Conselho Editorial.

A redação, quando o caso, adaptará automaticamente todos os trabalhos aceitos para publicação às presentes normas.

Forma e preparação de manuscritos

- **Página de Identificação:** Deve conter: a) Título do artigo, em português, que deverá ser conciso, porém informativo; b) nome completo de cada autor e afiliação institucional; c) nome do departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada correspondência, e) fontes de auxílio à pesquisa, f) potenciais conflitos de interesse.
- **Resumo e descritores:** A segunda página deve conter o resumo, em português e inglês, de não mais que 200 palavras para artigos originais, de revisão, comunicações breves e artigos de atualização. Para os artigos originais, de revisão e comunicações breves deve ser estruturado, destacando os objetivos do estudo, métodos, principais resultados apresentando dados significativos e as conclusões. Para as atualizações, o resumo não necessita ser estruturado, porém deve conter as informações importantes para reconhecimento do valor do trabalho. Abaixo do resumo, especificar 5 descritores que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>
- **Texto:** Deverá obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Em todas as categorias a citação dos autores no texto deverá ser numérica e seqüencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores.

Citações no texto e referências citadas em legendas de tabelas e figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números índices). Deve-se incluir apenas o número da referência, sem outras informações.

- **Tabelas:** Cada tabela deve ser enviada em folha separada. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto e encabeçadas por um título apropriado. Devem ser citadas no texto, sem duplicação de informação. As tabelas, com seus títulos e rodapés, devem ser auto-explicativas. Tabelas provenientes de outras fontes devem citar as referências originais no rodapé.
- **Figuras e gráficos:** As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente.

Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e serem suficientemente claras para permitir sua reprodução. As legendas para as figuras deverão constar em página separada. Fotocópias não serão aceitas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos à publicação

- **Análise estatística:** Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.
- **Abreviações:** As abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.
- **Nome de medicamentos:** Deve-se usar o nome genérico.
- **Agradecimentos:** Devem incluir as colaborações de pessoas, grupos ou instituições que merecem reconhecimento, mas que não

tem justificadas suas inclusões como autoras; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

- **Referências:** Devem ser numeradas consecutivamente na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado " Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé. A lista de referências deve seguir o modelo dos exemplos abaixo.

Para todas as referências, cite todos os autores até seis.

Acima de seis, cite os seis primeiros, seguidos da expressão et al..

Envio de manuscritos

Os artigos deverão ser entregues em disquete ou CD-Room, no programa word acompanhado de 2 cópias de impressão em papel.

4.2. Datilografia Os originais devem ser datilografados em duas vias, com espaço duplo, em uma só face, com laudas contendo de

20 a 25 linhas, devidamente numeradas e rubricadas pelo autor principal, sendo-nos enviados através de correspondência, na qual constará além do título completo do trabalho, autorização para sua publicação neste periódico, para o endereço da SBCP.

Subcomissões por e-mail (sbcp@sbcp.org.br) também são aceitas. Nesse caso, é imprescindível que a permissão para reprodução do material e as cartas com a aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos e aquela assinada por todos autores em que se afirme o ineditismo do trabalho sejam enviadas por fax á RBCP (fax número: 21 2220-5803).

4. ARTIGO CIENTIFICO

Artigo original

AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES ENTEROSTOMIZADOS EM
HOSPITAL GERAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

*PROFILE EVALUATION OF ENTEROSTOMIZED PATIENTS IN URGENCY
GENERAL HOSPITAL OF SERGIPE*

¹Milena Gama Caetano ¹Ana Carolina Ribeiro Lisboa

¹Departamento de Medicina, UFS, Aracaju, SE, Brasil

Nós, autores do trabalho intitulado: “Avaliação do perfil de pacientes enterostomizados em hospital geral de urgência de Sergipe”, declaramos que não possuímos conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros específicos e relacionamentos e afiliações relevantes ao tema ou materiais discutidos.

Resumo

A confecção de estoma é um artifício cirúrgico necessário em diversas situações na coloproctologia. Com o intuito de traçar o perfil do paciente submetido a confecção de enterostomia no principal hospital de atendimento de urgências do estado de Sergipe foi feito um estudo retrospectivo por meio de coleta de dados de prontuários de 29 pacientes no período de julho a outubro de 2018. Observa-se que há predomínio do sexo masculino em 72,41% dos casos com média de idade de 47,58 anos, moradores do interior do estado representam 65,51% do total e com quadro de etiologia obstrutiva em 55,17% dos casos, a colostomia é a apresentação mais vista em 58,62% das cirurgias. As complicações apareceram em 37,93% dos pós-operatórios sendo que 50% destas de origem infecciosas. Pode-se concluir que o perfil clínico dos pacientes se caracterizou por homens no final da quarta década de vida moradores do interior do estado com obstrução intestinal em uso de colostomia.

Palavras-chave: Enterostomia, Cirurgia Colorretal, Perfil de Saúde, Complicações Pós-Operatórias, Estomia

Abstract

The creation of Ostomy is a surgical device necessary in several situations on Colorectal Surgery. With the purpose of profiling the patient subjected to the confection of Enterostomy on the main urgency treatment hospital in the state of Sergipe, it was made a retrospective study collecting data of medical records in a period spanning from July to October in 2018. It was noted that there are predominance of the male sex in 72.41% of the cases, averaging 47.58 years of age, residents of the state interior representing 65.51% of the total and presenting obstruction in 55.17% of the cases, the colostomy is the most seen presentation in 58.62% of the surgeries. The complications showed in 37.93% of the post-operative, 50% of those of infectious origins. In conclusion, the clinical profile of those patients is characterized by men on the end of their fourth decade of living, dwellers of the state interior with intestinal obstruction in use of colostomy.

Keywords: Enterostomy, Colorectal Surgery, Health Profile, Postoperative Complications, Ostomy

Introdução

Ostomia é o nome que define a técnica cirúrgica que consiste em desviar o conteúdo de um órgão oco para o ambiente externo, e quando o órgão em questão é o intestino designamos de enterostomia. O desenvolvimento dessa ferramenta cirúrgica representou um grande avanço na cirurgia colo retal ¹.

As ileostomias podem ser realizadas com alguns objetivos: proteger uma anastomose distal, resolver um quadro obstrutivo distal, desviar os dejetos fecais de área pélvica com foco séptico, por exemplo¹. Em geral, esses estomas são posicionados no lado direito do abdome, em fossa ilíaca, são protusos, de conteúdo fecal mais fluido e de maior débito diário ².

Já as colostomias podem ser a escolha do cirurgião nas situações acima citadas e, acrescidas de casos de amputação de reto, de lesão esfinteriana graves, de sepse perianal ou pélvica graves. Sua localização é variável, a depender do segmento intestinal exteriorizado. Uma sigmoidostomia é habitualmente maturada em flanco esquerdo, por exemplo. Esses estomas, ao contrário das ileostomias, são planos, com conteúdo fecal mais consistente e de menor débito ².

O planejamento do sítio de implante do estoma deve ser realizado, no pré-operatório, observando a estrutura corporal e abdominal de cada indivíduo. Essa atitude ajuda a prever complicações pós-operatórias. Quando nos deparamos em casos de cirurgia de urgência, esse passo não é realizado, o que gera impacto na qualidade de ajuste dos estomas após o evento cirúrgico ³.

Os estomas intestinais ainda se distinguem quanto a técnica empregada, podendo ser confeccionados “em alça” ou “terminal”. Os estomas em alça são aqueles em que as duas aberturas ou duas “bocas” são exteriorizadas através da parede abdominal e fixadas na pele. Tecnicamente fácil, são procedimentos rápidos, com baixo índice de complicação e temporários. Para os estomas terminais, geralmente

associa-se a cirurgia de ressecção de segmento colônico, onde há uma abertura fixada a pele e a porção distal permanece fechada dentro da cavidade abdominal ⁴.

O cirurgião elegerá qual ostomia será empregada a depender da situação clínica exigida, do perfil do paciente, da possibilidade de conversão do trânsito intestinal, da anatomia colônica intra-operatória. Enfim, não há uma regra geral de eleição dos estomas. O que existe são conceitos de técnicas cirúrgicas para segurança de anastomoses no trato gastro intestinal que devem ser respeitadas.

Os quadros emergências que necessitam de desvio cirúrgico de trânsito e confecção de estoma são diversas, e em geral apresentam maior dificuldade de manejo, pois não há planejamento pré-operatório do sitio de implementação do estoma. As indicações mais comuns de urgência incluem as obstruções intestinais causadas por neoplasias, volvo de sigmoide, síndrome de fournier e trauma colorectal ⁵.

No trauma abdominal penetrante o intestino é o órgão mais comumente lesado, e o terceiro no trauma abdominal contuso ⁶. A American Association for the Surgery of Trauma (AAST) classifica o trauma colorectal de grau I a grau IV, pacientes com lesão acima de grau II com instabilidade hemodinâmica, comorbidade associada, lesão em outros órgão ou sinais de peritonite tem recomendação de desvio de trânsito e confecção de estoma ⁷.

Inúmeros trabalhos acerca de complicações pós-operatórias já foram publicados com taxas bem discrepantes, variando de 2.9% a 81.1% porque dependem vários fatores inerentes ao paciente, ao cirurgião e à estrutura hospitalar ⁸. As complicações imediatas elencadas são isquemia de colostomia, sangramento, desabamento, torção e infecção de ferida cirúrgica. Complicações tardias identificadas são hérnia paraestomal, prolapso de estoma, dermatite periestomal e retração ou estenose do estoma ⁹.

Tendo em vista a importância das ostomias como ferramenta cirúrgica que aumentam os prognósticos positivos, e ainda, a relevância do entendimento das complicações devido a sua alta incidência, principalmente em situações de urgência. Observando ainda a escassez de dados sobre pacientes enterostomizados, no Brasil e no estado de Sergipe. O presente estudo busca caracterizar o paciente submetido

a confecção de estomas em um hospital geral de referência em urgência e emergência no referido estado estabelecendo o perfil epidemiológico e clínico tal qual as complicações apresentadas.

Metodologia

O presente estudo trata de uma análise observacional, retrospectiva, transversal de pacientes ostomizados internados no Hospital de Urgência de Sergipe no período de 01 de julho de 2018 a 31 de outubro de 2018.

Os dados foram coletados por meio do preenchimento de formulário, em anexo, com as informações das fichas de identificação do paciente, ato cirúrgico e dados da evolução médica pós-operatória.

Foram incluídos na pesquisa pacientes submetidos à confecção de ostomia de urgência por diversas etiologias. Estes eram encaminhadas para as alas C e D de internamento cirúrgico e seguidos pela equipe médica horizontal.

As informações foram obtidas por meio de visitas periódicas as alas onde eram observadas as possíveis complicações pós-operatórias destes estomas. Todos os pacientes eram acompanhados até sua alta hospitalar.

Os resultados foram obtidos por meio de análise estatística descritiva, tabela de frequência simples em planilhas do Microsoft Excel 2010 ® para determinar incidência e prevalência. Foi realizado um teste de Wilcoxon para comparação de médias do tempo de internamento entre os grupos com complicação e sem complicação.

Resultados

Foram analisados um total de 36 prontuários de pacientes submetidos a cirurgia de confecção de enterostomia no Hospital de Urgência de Sergipe no período de Julho

a Outubro de 2018. Destes, 7 pacientes foram excluídos devido a falha de preenchimento de prontuário.

Dos 29 pacientes restantes, observou-se que 21 (72,41%) eram do sexo masculino enquanto 8 (27,59%) eram mulheres. A média de idade foi de 47,58 anos. Quanto a procedência, a maior parte dos pacientes eram de cidades do interior de Sergipe (65,51%).

TABELA 1 – Análise da média de idade em relação ao sexo

	Média de idade	Desvio Padrão
Feminino	52.12	± 13.715
Masculino	45.85	± 17.436

A principal etiologia observada foi o abdome agudo obstrutivo representando 58,62% de todos os estomas, sendo que 37,93% foram de origem sabidamente neoplásica. Síndrome de Fournie foi responsável por 17,24% dos casos da mesma forma que os traumas (ferimento por arma de fogo).

TABELA 2 – Principais afecções

	Feminino		Masculino	
	total	%	total	%
Neoplasia	3	10,34	8	27,58
<i>Obstrução</i>	2		8	
<i>Fístula enterovaginal</i>	1		0	
Abdome agudo obstrutivo	3	10,34	3	10,35
Abdome agudo isquêmico	1	3,44	0	-
Apendicite	0	-	1	3,44
Sd. De Fournier	0	-	5	17,24
Trauma	0	-	5	17,24
Diagnóstico não especificado	1	3,44	0	-

Em relação a localização do estoma, a colostomia foi a mais frequentemente realizada (58,62%) seguida da ileostomia (34,48%) e da jejunostomia (6,89%). Dos pacientes analisados todas as ostomias possuíam caráter temporário e foram realizadas em situação de urgência.

Houve 34,48% de complicações pos-operatorias em estomas de urgência, sendo a mais comum de origem infecciosa (50%) das complicações.

TABELA 3 – COMPLICAÇÕES APRESENTADAS

	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Complicações relacionadas a causas infecciosas.	5	50%
<i>Abcesso intracavitário</i>	3	
<i>Abscesso de parede abdominal</i>	1	
<i>Peritonite fecal</i>	1	
Complicações relacionadas ao sítio de implementação do estoma.	4	40%
<i>Prolapso de enterostomia</i>	3	
<i>Deiscencia de ferida</i>	1	
Fístula colocutânea	1	10%

Os pacientes que apresentaram complicações ficaram em média 44 dias internados enquanto os não complicados permaneceram em média por 29,88 dias em internação hospitalar ($W = 122.5$; $p = 0.063$). No geral, os pacientes permaneceram 5 dias entre a admissão hospitalar e o procedimento cirúrgico. Dois óbitos foram registrados no período ambos com indicação cirúrgica devido abdome agudo obstrutivo, sendo um de origem neoplásica e outro de origem não especificada em prontuário.

Discussão

Em relação ao que é observado em revisão de dados nacionais, o presente estudo encontra valores de predomínio de sexo diferentes, sendo que estudos nacionais semelhantes apontam as mulheres como maioria dos pacientes enterostomizados ^{10 11}, enquanto que no presente estudo houve predomínio do sexo masculino.

Observa-se ainda o predomínio de pacientes procedentes de cidades do interior do estado, representando 65,51% do total dos atendimentos analisados, este

dado está em concordância com o fato de o hospital de urgência de Sergipe ser o principal ponto de referência de saúde terciário para todo o estado de Sergipe.

A principal indicação de confecção mostrou seguir a tendência nacional e mundial, sendo a neoplasia a principal causa.^{8 10 11 12}. Avaliando ainda que o hospital analisado está inserido na rede de urgência e emergência a tendência se mostra verdadeira já que a principal causa de cirurgia de emergência do câncer colorretal, o abdome agudo obstrutivo foi a causa vista aqui^{13 14}.

Comparando dados do mesmo período registrado na base de dados do sistema único de saúde foi visto que neste período foi registrado em todo o estado 44 procedimentos relacionados a confecção de colostomia, ileostomia e jejunostomia sendo que 37 destes são caracterizados como de caráter de urgência¹⁵ observando que neste hospital foram observados 36 prontuários observa-se a importância do hospital para a rede de atendimento.

É possível observar ainda uma tendência de aparecimento relativamente alta de quadros de infecção de períneo, sendo a síndrome de fournier observada com a mesma frequência que as vítimas de trauma na presente pesquisas, em dados nacionais e internacionais a síndrome é considerada rara e não aparece em ocorrência tão frequente quanto a observada aqui.^{16 17}

Observa-se ainda uma incidência de complicações dentro do esperado em outros centros, porém com tendência a complicações relacionadas a quadros infecciosos.^{5 8 9 18}

Apesar da média de dias internados dos pacientes complicados ter se apresentado maior em comparação aos pacientes não complicados, não foi possível comprovar a relevância estatística do dado devido a amostragem reduzida do estudo.

Conclusão

O paciente entereostomizado no hospital geral de urgência de Sergipe é em geral do sexo masculino por volta do final da quarta década de vida e morador do interior do estado. A obstrução intestinal se mostrou a principal causa de indicação

cirúrgica, sendo que as de origem neoplásica representam a maioria. Foram observadas complicações em 37,93% dos pacientes, em geral de origem infecciosa. Os pacientes aguardam em média 5 dias da entrada no hospital até o procedimento cirúrgico.

Referências

- ¹ M Martin ST, Vogel JD. Intestinal Stomas. Adv Surg. setembro de 2012;46(1):19–49.
- ² Campos FGCM de, Regadas FSP, Pinho M. Tratado de Coloproctologia: Uma Obra dos Membros da Sociedade Brasileira de Coloproctologia. Edição: 1ª. Atheneu; 2012.
- ³ Cruz GMG da. Coloproctologia Terapêutica. Vol. 3. REVINTER; 2000.
- ⁴ Kaiser AM. Cirurgia Colorretal. 2011.
- ⁵ Jayarajah U, Samarasekera AMP, Samarasekera DN. A study of long-term complications associated with enteral ostomy and their contributory factors. BMC Res Notes [Internet]. dezembro de 2016 [citado 23 de fevereiro de 2019];9(1). Disponível em: <http://bmcrenotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-016-2304-z>
- ⁶ Trauma AC of SC on. ATLS, Advanced Trauma Life Support for Doctors. American College of Surgeons; 2008. 366 p.
- ⁷ Biffl WL, Moore EE, Feliciano DV, Albrecht RM, Croce MA, Karmy-Jones R, et al. Management of colorectal injuries: A Western Trauma Association critical decisions algorithm. J Trauma Acute Care Surg. novembro de 2018;85(5):1016–20.
- ⁸ Malik T, Lee M, Harikrishnan A. The incidence of stoma related morbidity – a systematic review of randomised controlled trials. Ann R Coll Surg Engl. setembro de 2018;100(7):501–8.
- ⁹ Bafford AC, Irani JL. Management and Complications of Stomas. Surg Clin North Am. fevereiro de 2013;93(1):145–66.
- ¹⁰ Luz AL de A, Luz MHBA, Antunes A, Oliveira GS de, Andrade EMLR, Miranda SM. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. Perfil de los pacientes ostomizados: revisión integrativa de la literatura [Internet]. 2014 [citado 26 de julho de 2019]; Disponível em: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/40073>
- ¹¹ Macêdo, M. S., Nogueira, L. T., & Luz, M. H. B. A. (2016). Perfil dos estomizados atendidos em hospital de referência em Teresina. Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, 3(4).
- ¹² Stumm, E. M. F., Oliveira, E. R. A., & Kirschner, R. M. (2008). Perfil de pacientes ostomizados. Scientia Medica, 18(1), 26-30.
- ¹³ Baer C, Menon R, Bastawrous S, Bastawrous A. Emergency Presentations of Colorectal Cancer. Surg Clin North Am. junho de 2017;97(3):529–45.

¹⁴ Brenner H, Kloor M, Pox CP. Colorectal cancer. *Lancet Lond Engl*. 26 de abril de 2014;383(9927):1490–502.

¹⁵ Ministério da Saúde. DATASUS.

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qise.def>

¹⁶ Singh A, Ahmed K, Aydin A, Khan MS, Dasgupta P. Fournier's gangrene. A clinical review. *Arch Ital Urol Androl Organo Uff Soc Ital Ecogr Urol E Nefrol*. 5 de outubro de 2016;88(3):157–64.

¹⁷ Oguz, A., Gümüş, M., Turkoglu, A., Bozdağ, Z., Ülger, B. V., Agaçayak, E., & Büyük, A. (2015). Fournier's gangrene: a summary of 10 years of clinical experience. *International surgery*, 100(5), 934-941.

¹⁸ Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett TRC, Lunniss PJ. Complications of intestinal stomas. *Br J Surg*. dezembro de 2010;97(12):1885–9.

Anexo – Formulário de Coleta de Dados



FORMULÁRIO – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANÁLISE DAS COMPLICAÇÕES EM PACIENTES ENTEROSTOMIZADOS DO
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
GRADUANDA: MILENA GAMA CAETANO

IDENTIFICAÇÃO

Nome:			
Idade:		Enfermaria:	
Sexo:			
Procedência:			
Profissão:			

DADOS DA CIRURGIA

Data da primeira abordagem cirúrgica:		
Justificativa da cirurgia:		
Tipo de Ostomia	Temporária ()	Definitiva ()
Caráter da cirurgia:	Urgência ()	Eletiva ()
Data da internação:		
Cuidados pré-op:		
Antibióticoterapia:		
Local da ostomia:		

DADOS DO PACIENTE

Comorbidades:		
IMC:		
Tabagismo:	Sim	Não
Etilismo:	Sim	Não
Cirurgia abdominal anterior:	Sim	Não
Complicação pós cirúrgica anterior:		

COMPLICAÇÃO

Data da complicação:	
Complicação apresentada:	

ANEXO – Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES ENTEROSTOMIZADOS EM HOSPITAL GERAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Pesquisador: ANA CAROLINA RIBEIRO LISBOA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12802219.0.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.326.201

Apresentação do Projeto:

A formação de estomas intestinais, as enterostomias, é uma ferramenta essencial no manejo cirúrgico de diversas doenças do trato gastrointestinal de origem inflamatória, neoplásica, traumática e outras. Os tipos mais comuns de enterostomias são a ileostomia e a colostomia. A confecção do estoma é essencial na redução da morbimortalidade dos pacientes por permitir que o produto fecal não entre em contato com a área lesada, ajudando na cicatrização e no processo de recuperação do tecido. Porém, variadas complicações podem ocorrer, levando a um aumentado risco de necessidade de reabordagem cirúrgica. O presente estudo objetiva identificar as taxas de complicações de pacientes enterostomizados internados nas alas C e D do Hospital de Urgências de Sergipe no período de julho a outubro de 2018, avaliando as variáveis de sexo, idade, razão para a cirurgia (diagnóstico), comorbidades associadas, tempo de internação e local da ostomia. Trata-se de um trabalho transversal com análise retrospectiva de prontuários de pacientes submetidos à colostomia, ileostomia e jejunostomia em Hospital de Urgência de Sergipe no período de Julho a Outubro de 2018.

Será feita coleta de dados de prontuários de pacientes internados no Hospital de Urgência de Sergipe nas alas C e D que são as alas de internamente cirúrgico do hospital. As alas possuem médico cirurgião horizontal diarista para avaliação de complicações.

Os dados serão coletados por meio do preenchimento de formulário, em anexo, coletando as

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Senatório

UF: SE

Telefone: (79)3194-7208

Município: ARACAJU

CEP: 49.060-110

E-mail: cepfu@ufs.br



UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 3.326/201

Informações das fichas de ato cirúrgico, ficha de Identificação do paciente e dados da evolução médica. Serão incluídos na pesquisa pacientes submetidos à cirurgia de formação de colostomia, ileostomia, jejunostomia realizadas do período de 01 de julho de 2018 a 31 de outubro de 2018.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a incidência, a indicação de colostomia na urgência de um hospital de referência de trauma no estado, assim como suas complicações pós-operatórias imediatas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há risco para os participantes da pesquisa

Benefícios:

Auxílio em direcionamento de ações de prevenção a complicações pós-operatórias em pacientes ostomizados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será feita coleta de dados de prontuários de pacientes internados no Hospital de Urgência de Sergipe nas alas C e D que são as alas de internamente cirúrgico do hospital. As alas possuem médico cirurgião horizontal diarista para avaliação de complicações. Os dados serão coletados por meio do preenchimento de formulário, em anexo, coletando as informações das fichas de ato cirúrgico, ficha de identificação do paciente e dados da evolução médica. Serão incluídos na pesquisa pacientes submetidos à cirurgia de formação de colostomia, ileostomia, jejunostomia realizadas do período de 01 de julho de 2018 a 31 de outubro de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Pesquisas com prontuário acarretam risco de perda da confidencialidade, portanto o TCLE é substituído pelo termo de responsabilidade sobre os prontuários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Santório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

Continuação do Parecer: 3.326.201

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1263503.pdf	29/04/2019 15:34:36		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de pesquisa_Milena_Gama.docx	29/04/2019 15:33:50	ANA CAROLINA RIBEIRO LISBOA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuenda.pdf	29/04/2019 15:32:33	ANA CAROLINA RIBEIRO LISBOA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/02/2019 16:53:22	ANA CAROLINA RIBEIRO LISBOA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 15 de Maio de 2019

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Santário

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

